

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 156.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Avril 1933

PAR

Joseph-Louis-Augustin-Marie LE LOSTEC

Né à LORIENT (Morbihan), le 9 novembre 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 156.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
KYSTES DU VAGIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Avril 1933

PAR

Joseph-Louis-Augustin-Marie LE LOSTEC

Né à LORIENT (Morbihan), le 9 novembre 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. GUYOT, professeur	Président.
		BÉGOUIN, professeur.....	Juges.
		PAPIN, agrégé	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

6, Place Saint-Christoly

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSEON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

MM.		MM.	
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	CREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.		MM.	
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
id.....	DELMAS-MARSALET.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.		MM.	
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			MM. CABANNES.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			N.
id.....	Clinique dentaire.....		GOURDON.
			DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MA FEMME

A MON FILS

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DE RENNES

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

A MON JURY DE THESE

- A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique gynécologique
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Président de la Société anatomo-clinique de Bordeaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Homage respectueux.
Sincère reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES KYSTES DU VAGIN

INTRODUCTION

Les kystes du vagin constituent une affection rare et le plus souvent sans gravité. Cependant, depuis une centaine d'années, de nombreux auteurs en ont fait l'objet de leçons cliniques, de thèses et travaux approfondis. Certains se sont surtout attachés à développer un côté particulier de cette question, et il est indcutable que la pathogénie d'abord, les rapports des kystes vaginaux avec la grossesse et l'accouchement ensuite, ont été particulièrement étudiés et discutés. Ils paraissent actuellement nettement fixés.

Nous avons voulu, dans ce travail, faire une revue d'ensemble de la question telle qu'elle apparaît actuellement, en développer les différents chapitres en nous inspirant pour cela des observations les plus récentes ou les plus typiques.

Nous sommes heureux d'offrir ici tous nos remerciements à notre maître, M. le Professeur Guyot, pour l'attention bienveillante qu'il nous a toujours témoignée, pour les excellents conseils qu'il nous a prodigués et qui nous ont été d'un si grand secours dans l'édification de notre thèse.

HISTORIQUE

C'est de 1831 que date la première relation d'un kyste du vagin. Elle est due à l'Ecossais Oakley Henning, mais avant lui Morgagni, puis Haller, en 1765, en auraient déjà rencontré.

En 1834, Lisfranc cite un cas de kyste de la paroi postérieure.

En 1835, Sanson, Bérard jeune, observent des cas de kystes de la paroi antérieure, et John Lewer, en 1836, en découvre un par hasard au cours d'un accouchement.

Huquier, en 1847, fait paraître la première étude vraiment approfondie de la question. Publiant de nombreuses observations personnelles, rassemblant les cas signalés antérieurement, il songe le premier à l'anatomie pathologique des kystes du vagin et leur attribue une origine glandulaire.

En 1858, Ladreit de la Charrière leur consacre un article dans les *Archives de médecine* et publie de nouvelles observations.

La même année, Verneuil les considère comme des bourses séreuses accidentelles.

Veit, en 1867, émet pour la première fois l'hypothèse de kystes développés aux dépens des canaux de Gartner.

En 1870, Eustache publie une observation de kyste vaginal.

En 1871, Winckel publie un mémoire dans lequel il classe les observations parues avant lui.

Sur 41 kystes observés :

- 19 intéressent la paroi antérieure;
- 14 la paroi postérieure;
- 5 les parois latérales.

Von Preuschen, en 1872, reprend les conclusions d'Huguier. Selon lui, il existe des glandes dans la couche cellulo-musculaire du vagin, et c'est aux dépens de ces glandes que se développe le kyste.

En 1878, Eustache combat cette théorie et conclut ainsi : « Cette théorie est fausse, puisqu'il est prouvé que le vagin ne contient pas de glandes à partir d'un centimètre et demi au-dessus des nymphes. Ce sont des tumeurs irritatives, des hygromas. »

Pour Froment, en 1879, ce sont les replis vaginaux qui, par irritation ou traumatisme de la muqueuse, se referment et s'accolent, produisant ainsi une sorte de poche, à l'intérieur de laquelle les sécrétions de la muqueuse s'accumulent et déterminent la formation d'un kyste.

Un auteur américain, Watts, en 1881, affirme nettement la possibilité de la théorie embryonnaire.

En 1882, Weit accepte la théorie gartnérienne.

Le professeur Boursier, de Bordeaux, publie en 1885 une observation de kyste du vagin.

La même année, Thalinger considère que la théorie de l'hygroma est la plus vraisemblable, il accepte cependant l'origine gartnérienne.

En 1888, Jacobs, de Bruxelles, en ayant observé chez des femmes enceintes ou atteintes de troubles cardio-vasculaires, leur attribue une origine vasculaire.

En 1889, Poupinel montre sa préférence pour la théorie gartnérienne.

En 1889, également, Villebrun, dans sa thèse, admet trois origines : glandulaire, irritative, surtout gartnérienne.

Encore, dans la même année, Combes pense que les formations kystiques du vagin sont congénitales.

Sautoni, en 1890, les partage en deux classes : kystes wollfiens et kystes accidentels.

En 1897, Neugebauer publie de nombreuses observations personnelles de kystes du vagin, pour la plupart d'origine embryonnaire.

En 1900, Davidson reprend l'hypothèse de glandes.

En 1902, Marion, Castaing et Dieulafé admettent la théorie glandulaire pour certains cas, mais soulignent l'importance de l'origine embryonnaire.

En 1904, Frédet croit que certains kystes dérivent du cul-de-sac de Douglas embryonnaire.

En 1906, Gaullier l'Hardy pense que la plupart des kystes du vagin tirent leur origine des vestiges embryonnaires.

Cristiaen, la même année, expose les diverses théories : théorie embryonnaire, la plus importante, théorie glandulaire pour quelques cas bien déterminés.

En 1908, de Rouville et Reynes citent une observation de kyste gartnérien.

En 1910, Tourneux publie un cas, Hardouin deux observations.

En 1919, Hartmann Georges en fait l'objet d'une thèse.

En 1923, l'Escuyer de Villers traite des *kystes du vagin au cours de la gestation et de l'accouchement*, sujet repris par Cauquil en 1925.

Dieulafé, en 1923, publiait une observation de kystes multiples du vagin dans le *Bulletin de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Toulouse* et une autre dans *Marseille médical*, en 1928.

Dans cette même revue, nous relevons un article du Professeur Vayssière, en 1931, sur quatre observations de kystes du vagin.

Montcerisier la même année présente sa thèse sur les *kystes du vagin et puerpéralité*, et Noguès, l'année dernière, a étudié les *kystes du vagin à topographie vésico-vaginale*.



VOLUMINEUX KYSTE DU VAGIN
(Observation de M. le professeur Guyot).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

Kyste du vagin formant une tumeur volumineuse faisant saillie à la vulve et simulant un prolapsus. — Extirpation chirurgicale. Guérison.

Mme X..., 28 ans, entrée en 1912, salle 1, Hôpital Saint-André, dans le service du Professeur Guyot pour une tumeur siégeant au niveau de la vulve.,

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — Jeune femme en bonne santé apparente. Réglée à 13 ans; ni grossesse, ni fausse-couche, règles régulières.

Depuis quelques mois, la malade éprouvait une pesanteur au périnée; un jour, faisant sa toilette, elle constate l'existence d'une grosseur. Celle-ci augmentant et la gênant, elle se décide à venir à l'hôpital.

A première vue, la tumeur ressemble à un prolapsus au troisième degré, mais la tumeur est irréductible, à peine refoulable et nettement fluctuante; elle est située sur la paroi postérieure du vagin (figure).

On diagnostique un kyste congénital du vagin.

Celui-ci est enlevé sous anesthésie générale sans incident.

Suites normales. La malade quitte le service au quinzième jour (l'examen histologique de la pièce a été égaré).

OBSERVATION II (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur GUYOT.)

Kyste de la paroi antérieure du vagin développé au cours d'une grossesse. — Pas d'intervention. — Accouchement normal.

Mme H..., jeune femme de 31 ans, m'est adressée par son accoucheur pour une tumeur siégeant sur la face antérieure du vagin.

Jeune femme jouissant d'une santé parfaite; deux enfants vivants. Grossesses et accouchements normaux.

A l'occasion de la troisième grossesse, apparition, au quatrième mois, de la tumeur, qui gêne la marche et détermine un peu de dysurie.

A l'examen : signes de grossesse normale; on note au niveau de la paroi antérieure du vagin une tumeur molle, nettement fluctuante et tout à fait indolore; il s'agit d'un kyste de la paroi antérieure. On déconseille l'opération pour le moment. La grossesse suit son cours normal; accouchement naturel et facile. Régression du kyste, qui diminue tellement de volume que la malade refuse toute intervention.

OBSERVATION III.

(In thèse HARTMANN, 1919.)

Valentine E..., veuve, ménagère, entre le 18 avril 1919 à l'Hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Professeur agrégé Lenormant pour un kyste du vagin.

Il y a huit ans, Valentine E... était enceinte. Une sage-femme la touche à plusieurs reprises et ne constate rien d'anormal dans le vagin. Au moment de l'accouchement, le travail était déjà commencé depuis deux heures, lorsque la sage-femme a aperçu à la vulve une tumeur qu'elle compare à une petite vessie de poisson. L'accouchement se termine sans incident. Les suites de couches sont normales.

On laisse le kyste, qui était gros comme une noisette. Il ne gênait pas les rapports conjugaux. Mais après une fatigue de ménage ou après une longue marche, il sortait du vagin, où la malade le réduisait avec le doigt. A ce moment-là, pas de pertes blanches ou rouges, pas de troubles de la miction. En 1914, la malade se trouve enceinte pour la deuxième fois. En juin, au septième mois de la grossesse, elle s'aperçoit que la tumeur a grossi brusquement du jour au lendemain, à la suite d'un grand nettoyage qu'elle a fait de son habitation. Les rapports conjugaux cessent parce que pénibles, et la jeune femme reste à la Maternité de Baudelocque.

Elle y reste quatre jours et on lui dit qu'on lui enlèvera son kyste après l'accouchement.

Rentrée chez elle, elle reprend sa vie habituelle, ne souffre pas, n'a ni pertes, ni troubles de la miction ou de la défécation, et s'abstient de rapports conjugaux en raison du terme avancé de la grossesse.

8 août : Elle rentre à la Maternité et y accouche le 9. Le travail a duré trois heures, l'accouchement s'est fait sans difficulté. L'enfant est un garçon de 8 livres, bien constitué.

Un mois après, vers le 14 septembre, le Docteur Bonnaire fait une incision du kyste à l'anesthésie locale et, après un séjour d'une douzaine de jours, la malade sort de l'hôpital.

Dès le jour de sa sortie, elle sent au même endroit qu'avant l'opération une petite boule. Cette tumeur se développe lentement et, en 1919, elle a acquis le volume d'un œuf de pigeon. La malade se décide à une deuxième intervention, bien que sa tumeur ne la gêne en rien. L'examen est pratiqué, la malade étant dans le décubitus dorsal.

Au toucher vaginal, on constate que les faces postérieure et latérale du vagin sont libres, mais sur la paroi antérieure, implantée sur la moitié gauche de cette paroi, on sent une tumeur régulière, arrondie, du volume d'un œuf de pigeon et située à 4 centimètres de la fourchette.

Cette tumeur est indolente. Le toucher étant pratiqué avec un seul doigt, on ne perçoit pas de fluctuation, mais on a la sensation

d'une tumeur molle, lisse, de consistance uniforme. Le pédicule est large, aussi le doigt en fait le tour sans difficulté.

L'utérus est petit, en antéversion, sans déviation latérale et parfaitement mobile.

Pas de prolapsus de la vessie, ni du rectum.

Le palper hypogastrique combiné au toucher vaginal ne donne aucun renseignement.

Un cathéter métallique étant introduit dans la vessie, vide d'urine, se déplace dans cette cavité sans communiquer de mouvement à la tumeur.

L'examen au spéculum étant fait avec une petite valve, on aperçoit sur la face antérieure, dans la moitié gauche du vagin, une tumeur arrondie, recouverte d'une muqueuse dépliée et d'un rose très pâle.

Le toucher rectal ne révèle rien de particulier. A travers la cloison recto-vaginale, on touche la tumeur kystique.

Opération le 14 août 1919, sous chloroforme; la malade est placée dans le décubitus dorsal, une petite valve s'appuie sur la paroi postérieure. On place une pince de Kocher sur la muqueuse, au niveau de la tumeur, les mors de la pince percent la paroi du kyste, qui laisse sourdre quelques gouttelettes de liquide.

Incision transversale de 5 centimètres; on essaie de dissocier le kyste sur sa face vaginale, mais l'adhérence de sa paroi à la muqueuse est telle que celle-ci, après une laborieuse dissection, se trouve réduite à une grande minceur.

Finalement, d'ailleurs, et contre mon gré, j'entre dans le kyste et je dissèque aux ciseaux ses parois, en m'en coiffant l'index gauche.

Le contenu du kyste est un liquide très visqueux, d'un gris sale, filant, sans débris macroscopique ni filament sanguin. On en retire le contenu d'une cuillère à dessert. La paroi du kyste, qu'il a été impossible d'enlever en un point quelconque, mais qui a été disséquée de près, a une épaisseur uniforme de 2 mm. 1/2. Sa face profonde est rougeâtre, légèrement tomenteuse, bien que très régulière, et comparable à une muqueuse enflammée. Elle est peu

résistante, douce au toucher et comme veloutée. Sa face superficielle saigne peu.

La plaie opératoire est suturée au catgut, points séparés sans drainage. Elle se réunit par première intention.

Les suites opératoires sont normales, et la malade sort guérie le 4 mai.

L'examen histologique de la pièce est fait au laboratoire de M. le Docteur Darier.

Résultat de l'examen histologique. — Paroi épaisse de 2 mm. 1/2, fortement congestionnée.

Epithélium sans basale. L'épithélium est par endroits et sur la plus grande partie de son étendue, pavimenteux, stratifié.

Mais par places, les assises diminuent de nombre, les cellules s'allongent, et l'on trouve quelques flots de cellules nettement cylindriques en une seule couche. Ce sont des cellules sans plateau. Mais sur quatre champs, longs chacun de 3 cm. 1/2, on trouve 7 cellules avec cils vibratiles courts.

Dans le liquide, quelques globules graisseux, pas de cholestérine en cristaux, pas de cellules épithéliales reconnaissables, quelques globules rouges déformés et des polynucléaires. Pas d'éléments mucoides.

OBSERVATION IV.

(*Dolérís Gynécologie*, 1906.)

Origine pseudo-glandulaire.

Il s'agit d'une femme de 22 ans qui présente à la paroi antérieure du vagin un kyste de la grosseur du poing. Une première grossesse se passa sans incident, et le volume du kyste ne gêna en rien l'accouchement.

C'est à l'occasion d'une deuxième grossesse probable qu'elle vient consulter.

La malade fut opérée et quitta l'hôpital treize jours après, guérie.

Examen histologique. — Paroi composée de deux couches :

a) couche musculo-conjonctive : nombreuses fibres musculaires lisses, distribuées en deux plans, longitudinal et transversal;

b) au-dessus, l'épithélium tapissant la paroi intérieure du kyste. La plus grande partie est formée de cellules cylindriques. Cet épithélium présente par place des invaginations simples ou bilobées, dans le tissu conjonctif sous-jacent, puis, brusquement, sans aucune transition, l'épithélium à cellules cylindriques fait place à un épithélium pavimenteux stratifié, dont les cellules superficielles débordent les cellules cylindriques.

Ce kyste paraît avoir une double origine :

a) gartnérienne : situé sur la paroi antérieure du vagin, allongé selon l'axe du vagin à la paroi duquel il adhère, pourvu d'une couche musculaire lisse, enfin son volume.

b) glandulaire : il présente, en effet, deux variétés d'épithélium bien différentes. Or, d'après von Preuschen et Davidson, les glandes du vagin existent aux deux extrémités; glandes cervicales ou vulvaires aberrantes, elles ont un canal excréteur à épithélium pavimenteux, un fond tapissé d'épithélium cylindrique. Mais les kystes glandulaires sont petits, superficiels.

OBSERVATION V.

(VAYSSIÈRE, *Marseille médical*, 1931.)

Inclusion épithéliale.

Mme V..., 34 ans, vue le 17 juillet 1930. Avortement d'un mois il y a neuf ans, accouchement normal à terme, il y a huit ans. Nouvel avortement d'un mois en octobre 1929. Depuis le premier avortement, douleurs pelviennes; depuis trois ans, règles douloureuses, avec quelquefois expulsion de débris membraneux. Soignée par le Professeur Guérin depuis novembre 1929, était très améliorée, mais depuis un mois et demi a de nouveau des poussées douloureuses.

Au toucher, utérus de volume normal, en bonne position, annexes

gauches peu volumineuses, mais douloureuses. A droite, logée dans le fond du cul-de-sac, juxta-cervicale, petite masse arrondie, douloureuse, du volume d'un gros pois. A l'examen au spéculum, cette petite tumeur fait une saillie à peine visible. Ablation en bloc assez facile au bistouri et aux ciseaux longs.

Examen histologique. — Deux coupes de la pièce sectionnée en entier, chacune de 6 millimètres de diamètre, nous présentent une cavité centrale dans l'une, une double cavité dans la seconde, permettant de penser à une formation kystique biloculaire. La paroi externe présente un long fragment de muqueuse vaginale normale; la paroi interne, paroi propre du kyste, mamelonnée, à laquelle adhère encore de la mucine, est constituée par un épithélium du type lamellaire, à éléments allongés, toujours multistratifiés; beaucoup plus épais par endroits. Aucune trace d'épithélium cylindrique. A noter, un éperon épais, malpighien, tangent à la paroi de la plus petite des deux cavités dans la seconde coupe.

OBSERVATION VI.

(DE ROUVILLE ET REYNES, *Rev. de gyn. obst. et péd.*, 1908.)

Epithélium cylindrique type gartnerien.

Femme âgée de 24 ans, entrée à la clinique pour descente de matrice.

Réglée à 17 ans, mariée à 21 ans, elle devient enceinte un an plus tard. Grossesse et accouchement normaux. Pourtant, deux jours avant l'accouchement, à la suite d'un effort, elle éprouve dans le vagin une sensation de corps étranger. Elle y porte la main et perçoit, affleurant à la vulve, une grosseur du volume d'une noix, indolore. Dix jours après ses couches, alors qu'elle a repris depuis deux jours ses occupations, elle ressent à nouveau la même gêne et constate la même grosseur. Le médecin consulté, par pure curiosité, dit-elle, applique un pessaire. La gêne qu'éprouve la malade au niveau du vagin augmente, elle accuse le pessaire et l'enlève; effectivement, la gêne diminue; mais comme la grosseur persiste, elle vient à Montpellier.

Examen. — Un toucher rapide, en position debout, permet de constater que l'utérus est à sa place, de moyen volume, mobile, indolore; il en est de même des annexes; il n'existe donc aucun degré de prolapsus utéro-annexiel. L'inspection de la région vulvaire, en position de la taille, est négative, même après écartement des grandes lèvres, on n'aperçoit rien d'anormal, mais en faisant pousser la malade, on voit émerger progressivement de la partie supérieure de la vulve une tumeur lisse, de coloration bleuâtre, formée de deux lobes inégaux : le droit présentant les dimensions d'une grosse cerise, le gauche, celles d'un pois; la paroi de cette tumeur est très mince, parsemée de fines arborisations vasculaires et laisse voir, par transparence, son contenu liquide, dont la tension augmente avec l'effort; elle se continue nettement en avant, en arrière et sur les côtés, avec la muqueuse vaginale normale. Si l'effort cesse, la tumeur se réduit progressivement et disparaît entièrement dans le vagin.

L'exploration digitale de ce conduit montre l'intégrité de ses parois postérieure et latérales, ainsi que des deux tiers supérieurs de la paroi antérieure, mais, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, le doigt perçoit aisément une saillie molle du volume d'une noisette, dépressible en doigt de gant et qui, si la malade pousse, se tend, grossit jusqu'à acquérir les dimensions signalées plus haut et, glissant sous le doigt, s'extériorise.

Son pédicule, dès lors facilement perceptible, s'implante assez largement sur la paroi latérale droite de la face antérieure du vagin (tiers inférieur).

L'exploration à la sonde de l'urètre et de la vessie montre l'indépendance absolue de la tumeur.

Diagnostic. — Kyste du vagin.

Opération. — Rachistovainisation.

Incision transversale sur la partie la plus saillante du lobe droit du kyste, n'intéressant que la muqueuse vaginale, très amincie à ce niveau. L'isolement du lambeau muqueux est difficile, et en un point la paroi kystique est ouverte; un liquide opalescent, visqueux, filant, s'en écoule, qui est recueilli; la dissection est con-

tinuée, et l'isolement de la paroi du kyste s'effectue facilement, à coup de sonde cannelée, dirigée dans le sens de son prolongement sous-muqueux, en haut et à droite; l'extirpation est complète de ce côté, car le prolongement se termine en cul-de-sac parfaitement clos; même incision transversale sur le lobe gauche, rendue difficile par la vacuité de ce lobe, qui s'est vidé de son contenu à l'ouverture du lobe droit, avec lequel il communique par un étroit orifice; même dissection facile du prolongement de ce lobe dirigé en haut et à gauche et également terminé en cul-de-sac; capitonnage à l'aide d'un surjet de fin catgut de la cavité sous-muqueuse, laissée libre par l'extirpation du kyste et de ses prolongements; réunion aux points séparés de catgut des deux lèvres des deux incisions transversales. Mèche stérilisée dans le vagin, sonde à demeure. Guérison parfaite.

Examen anatomo-pathologique (par M. le Professeur Bosc.) — « La cavité existe en totalité sur la coupe; elle est très irrégulière, à digitations profondes, dont les sommets surtout présentent un aspect papillomateux. La paroi est formée par un tissu fibreux, dense, richement vasculaire; la cavité renferme une substance mucoïde, mélangée de cellules desquamées. La surface est revêtue sur toute son étendue d'un épithélium cylindrique net, qui en suit toutes les saillies et dépressions.

Ces cellules épithéliales sont disposées sur un seul rang et formées par un protoplasme clair, homogène, à très gros noyau, situé vers la partie moyenne, et en général un peu plus près de la base.

Une membrane basale légère sépare cet épithélium du tissu conjonctif sous-jacent. La partie superficielle du protoplasme cellulaire présente une légère condensation qui laisse penser à un plateau. Ces cellules sécrètent du mucus dans la cavité du kyste.

Examen du liquide (par M. le Professeur Derrien). — Liquide opalescent, visqueux, filant. Réaction très légèrement alcaline au tournesol. Le liquide précipite par l'acide acétique dilué (nucléo et alcali-albuminoïde); débarrassé de ce précipité, il se trouble par la chaleur (albumines ordinaires). Le liquide contient enfin une substance protéique non précipitable par l'acide acétique dilué,

non coagulable par la chaleur, précipitant lorsqu'on ajoute au liquide trois fois son volume d'alcool à 95 degrés. Ce précipité, lavé à l'alcool, se redissout dans l'eau. N'est pas une histone. Est dédoublé par l'acide chlorhydrique dilué et à chaud, en donnant une substance réduisant la liqueur de Fœhling.

Présente en somme les caractères de la substance glycoprotéique, regardée comme caractéristique des liquides ovariens et connue sous le nom de pseudo-mucine, paralbumine ou métalbumine de Scherer.

L'examen microscopique décèle quelques globules rouges, peu de polynucléaires et des cellules en voie de dégénérescence, qui proviennent sans doute de la paroi kystique. Pas de cristaux de cholestérine.

OBSERVATION VII.

(DIEULAFÉ, Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse, 1923.)

Kystes multiples, un purulent.

Il s'agit d'une personne de 32 ans, très robuste, très bien formée, ayant déjà eu deux enfants, qui, se trouvant enceinte de deux mois, se plaint de douleurs vaginales et d'obstacle dans la cavité du vagin. Elle sait qu'elle a un kyste, car cette tumeur a été observée après sa dernière grossesse il y a trois ans, et même ponctionnée à ce moment-là, quoiqu'elle fût encore de petit volume. Elle se rend compte que cette tumeur a grossi et vient de subir dans ces derniers jours un accroissement rapide, en même temps qu'elle devient douloureuse.

L'examen me montre une grosse tuméfaction, saillant de l'orifice vaginal, recouverte d'une muqueuse violacée, rayée en son centre, amincie; le contact était douloureux; le doigt, la circonscrivant avec précaution, la délimitait comme adhérente à la paroi postérieure et à la paroi latérale gauche, sur une grande portion au-dessus de l'orifice inférieur du vagin. Le diagnostic de kyste s'imposait; le doigt rencontrait une autre saillie arrondie sur la paroi postérieure.

L'intervention fut décidée pour le lendemain.

Dans la nuit, un orifice se produisit qui amena un écoulement de pus et un soulagement notable; on s'en aperçut en faisant la toilette préliminaire dans le lit même de la malade.

L'opération fut faite sous anesthésie chloroformique : l'incision fut menée en sens longitudinal par rapport à l'axe du vagin et fut double de manière à circonscrire la muqueusé, qui paraissait altérée; puis on trouva sous la muqueuse vaginale un plan de clivage qui permit de libérer le kyste dans la profondeur; mais je fus entraîné à conduire cette dissection très haut, bien plus haut que le cul-de-sac vaginal gauche, jusque dans la base du ligament large. Après extirpation de cette grosse poche, qui était épaisse et très adhérente, il resta un vaste espace compris entre la paroi vaginale et l'aponévrose du diaphragme pelvien, vaste décollement qu'il fallut tamponner, puis drainer à la gaze, afin d'éviter un hématoxime qui aurait bien risqué de s'infecter.

Le gros kyste étant enlevé, je vis sur la paroi postérieure, à moitié de la hauteur du vagin en allant de la ligne médiane vers le côté droit, trois autres tuméfactions, dont le volume allait en diminuant de gauche à droite et de haut en bas; le kysté du milieu était gros comme un petit œuf, les deux autres du volume d'une noix.

Les incisions vaginales furent suturées, celle concernant le gros kyste incomplètement, afin de laisser passer une grosse mèche de gaze; les autres, exigües, sur toute la longueur.

La cavité vaginale, bien aseptisée avec des tampons imbibés d'alcool, fut tamponnée. Pendant les premiers jours, on vida la vessie par cathétérisme.

La malade fut immédiatement soulagée, les suites furent simples. La grossesse évolua et se termina sans incident.

Examen histologique. — Les divers kystes répondent au type d'épithélium cubique. Des trois kystes de la paroi postérieure, les deux petits avaient une paroi mince et un contenu clair, transparent, visqueux; le moyen avait une paroi un peu plus épaisse et un contenu hématique; dans les deux premiers, l'épithélium est nettement cubique, à cellules basses; dans l'autre, l'épithélium est cylindrique, à cellules très hautes. Le gros kyste était purulent, à

parois épaisses, l'épithélium avait disparu en partie, désorganisé par les phénomènes de suppuration. La paroi, dans tous les kystes, est constituée d'avaries fibro-conjonctives.

Dans un des kystes, sous l'épithélium, la paroi conjonctive englobe des plages épithéliales pavimenteuses et des amas cellulaires organisés à la manière d'acini glandulaires.

OBSERVATION VIII.

(TOURNEUX, in thèse NOGUÈS.)

Epithélium cubique.

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 25 ans, qui constata fortuitement, au niveau de son vagin, la présence d'une petite tumeur. Cette dernière, du volume d'une cerise, était située sur la paroi vaginale antérieure, à quelques millimètres de la ligne médiane et à environ 4 centimètres de l'orifice vulvaire; elle était légèrement mobile, non douloureuse au toucher, rénitente et irréductible, elle faisait de plus une saillie assez accusée dans la cavité vaginale, car elle était toute superficielle. Elle fut enlevée sans difficulté sous anesthésie locale; elle mesurait 2 cm. 8 de long et 1 cm. 8 de large, l'épaisseur était de 1 cm. 2. Il en sortit à la coupe un liquide de coloration ambrée. La paroi de ce kyste fut fixée au réactif de Morel-Dalous et les coupes colorées à l'hématoxyline et au van Giesen.

La cloison séparant la cavité vaginale de la cavité du kyste, et dont l'épaisseur varie quelque peu suivant les points envisagés, renferme des éléments musculaires lisses orientés sous deux directions dominantes, circulaire et longitudinale, ce qui indique bien que le kyste se trouvait par suite en dehors de la tunique musculieuse du vagin.

L'épithélium qui tapisse la paroi du kyste appartient à la variété des épithéliums cubiques : il est constitué par une unique assise de petites cellules mesurant de 8 à 10 μ disposées en une couche plane, assez rectiligne, mais qui en certains points envoie quelques

diverticules dans la couche conjonctivale sous-jacente, qui ne présente, elle, rien de particulier à signaler.

On rencontre assez rarement dans les kystes du vagin la présence d'un épithélium cubique, car dans la plupart des cas la surface interne est revêtue par un épithélium prismatique simple : il est donc permis de se demander si ce n'est pas la compression excentrique de l'épithélium due à la distension de la poche par le liquide qu'elle contenait qui a pu donner aux cellules prismatiques un aspect aplati tendant à les rapprocher de la forme cubique.

Dans ce cas, nous ne croyons pas à une pareille interprétation des faits. Etant donné que l'épithélium est plissé par endroits, au niveau des plis, on devrait trouver des cellules présentant l'aspect prismatique. Or, il n'en est rien; le kyste est revêtu en totalité par un même épithélium cubique.

Quelle est l'origine de cette formation?

Etant donnée la structure épithéliale, on peut éliminer toute idée de production kystique développée aux dépens des canaux de Muller, des inclusions péritonéales du cul-de-sac de Douglas ou des glandes aberrantes, qui présentent tous des épithéliums très différents, et l'hypothèse d'un kyste dérivé des restes du canal de Wolff peut seule donner une explication pathogénique suffisante.

Les canaux de Wolff sont, au début de leur formation, pourvus d'un épithélium cubique dont les cellules ne se transforment qu'ultérieurement en éléments prismatiques. Donc le canal de Wolff, suivant l'époque plus ou moins reculée où se sera effectué l'isolement du bourgeon qui donnera le kyste, donnera un épithélium ou cubique ou prismatique.

OBSERVATION IX.

(STUX, *Il policlino*, 26 nov. 1928.)

Kyste de la paroi postérieure. — Inclusion traumatique.

Ce kyste paraît avoir été constitué aux dépens d'éléments épithéliaux détachés de la paroi vaginale au moment du traumatisme

obstétrical (en la circonstance déchirure du périnée) et greffés secondairement. Volume d'un œuf de pigeon, rempli d'un liquide jaunâtre. Recouvert entièrement par un épithélium pluristratifié absolument semblable à celui du vagin; ces éléments épithéliaux reposaient sur un tissu fibro-connectif sans éléments musculaires, de nombreuses saillies papillaires faisant saillie dans la cavité.

OBSERVATION X.

(VAYSSIÈRE, *Marseille médical*, 1931.)

Inclusion traumatique.

Mme B..., 29 ans. Apparition des règles à 13 ans. Depuis, pertes régulières assez abondantes. Mariage à 24 ans. Il y a trois ans, accouchement un peu après le terme normal d'un fœtus assez volumineux (4 kilos environ), dégagement des épaules difficile, rupture périnéo-vaginale, vraisemblablement déchirure du second degré.

Depuis un an, la malade se plaint de pesanteur pelvienne, et, depuis trois mois, elle est gênée par une grosseur vulvaire augmentant progressivement de volume. Un médecin consulté dans une ville voisine conseille l'intervention, très simple dit-il, faisable avec un peu de cocaïne, sans immobilisation.

A l'examen, au niveau de la fourchette, effondrée, nous constatons l'existence d'une masse fluctuante du volume d'un œuf de poule, saillant en partie hors des voies génitales, recouverte de muqueuse vaginale très amincie; en faisant pousser la malade, nous constatons que cette tumeur est rejetée vers la droite par le rectum, hernie, et que, adhérente au plan profond, logée en partie dans un sillon latéral droit, reliquat de déchirure ancienne, elle s'étend longitudinalement vers le cul-de-sac de Douglas.

En résumé, le toucher rectal le confirme, rectocèle et tumeur kystique surajoutée. L'intervention s'impose.

Opération (pratiquée le 3 octobre 1929). — Incision transversale

du périnée, passant au-dessous de la tumeur, allant d'une petite lèvre à l'autre; décollement d'abord assez facile; le rectum est repoussé vers la gauche; ensuite, section longitudinale médiane du vagin et dissection plus pénible jusque vers le cul-de-sac de Douglas; enfin, rabattant toute la masse vers la droite, excision avec un lambeau vaginal; pour terminer, myorrhaphie des releveurs et sutures habituelles.

Suites opératoires sans incidents, périnée postérieur solide.

Examen macroscopique. — Tumeur allongée, uniloculaire, à paroi postérieure assez épaisse, tandis que la région antérieure est fortement amincie, paroi résistante, feutrée; à l'intérieur de la cavité, liquide blanchâtre, sirupeux. La pièce ayant été égarée, l'examen histologique n'a pu être fait.

OBSERVATION XI.

(PETERS, in PUECH, *Montpellier médical*, 1892.)

Kyste s'opposant à l'accouchement.

Il s'agit d'une femme de 34 ans, habituellement bien portante, arrivée au terme d'une quatrième grossesse. Les trois accouchements antérieurs, dont le dernier remonte à deux ans et demi, se sont accomplis très facilement et sans le secours de l'art.

Quand, après cinq heures de travail et deux heures après la rupture de la poche des eaux, Peters fut appelé par la sage-femme, qui soupçonnait quelque chose d'anormal, il constata dans le vagin la présence d'une tumeur molle occupant toute la cavité vaginale et remplissant toute la main : elle laissait à peine la place suffisante à l'exploration pour se rendre compte que la dilatation était complète et que la tête était profondément engagée. Etant donnée la mollesse de la tumeur, l'intensité des contractions utérines, la descente de la tête première, il crut pouvoir abandonner à la nature la terminaison de l'accouchement.

A 10 heures du soir (le travail était commencé depuis 5 heures

du matin), il fallut se rendre compte que cet espoir était vain : la tumeur, légèrement diminuée à sa partie supérieure, était fortement refoulée en bas par la tête fœtale, au point d'ouvrir l'anus. La douleur cessant, la tête et la tumeur remontaient dans l'excavation. Une application de forceps faite à ce moment resta sans résultat. C'est alors que le Docteur Walter, consulté, ayant nettement reconnu la fluctuation de la tumeur, en pratiqua la ponction par l'anus, pendant que la tête était tirée en haut avec le forceps. Il s'écoula « une livre » de liquide coloré en jaune, mais clair. La tumeur s'affaissa et l'extraction devint facile.

OBSERVATION XII.

(Dr VILLAR.)

Kyste dermoïde de la paroi antérieure du vagin. — Extirpation.

X... (Marie), 17 ans, bien portante. Régliée à 16 ans.

Il y a deux ans environ, la malade constate l'existence au niveau de la vulve de quelque chose d'anormal : c'était une grosseur du volume d'une petite noix. A cette époque, la grosseur était réductible, mais elle augmente peu à peu de volume et bientôt la réduction dans l'intérieur du vagin devient difficile.

Gêne de la marche, envies fréquentes d'uriner le jour et la nuit.

Je vois la malade au mois d'août 1894, l'examen local me fournit les renseignements que voici.

La malade couchée, les cuisses écartées dans la position du spéculum, je constate en dehors de la vulve l'existence d'une tumeur du volume d'une mandarine. Cette tumeur, recouverte par la muqueuse vaginale, est molle et transparente : la base présente en un point une coloration bleuâtre. Introduisant le doigt dans le vagin, à travers l'orifice vulvaire dilaté par la tumeur, je reconnais que celle-ci s'implante sur la paroi vaginale antérieure par un pédicule assez large, qui se termine loin en arrière, près du col utérin, ou plutôt près de l'insertion du cul-de-sac. Le col est

normal, c'est un col de vierge. Pas de rapports sexuels aux dires de la malade.

En dilatant un peu l'orifice vulvaire, je parviens facilement à faire rentrer la tumeur dans le vagin.

Comme troubles fonctionnels, je signale encore la gêne de la marche et les envies fréquentes d'uriner.

Le diagnostic, d'après ce que je viens de dire, se trouvait circonscrit entre une cystocèle et un kyste de la paroi antérieure du vagin. J'introduisis alors une sonde dans la vessie et je pus constater l'indépendance de cet organe d'avec la tumeur vaginale. Il s'agissait donc bien d'un kyste.

Je résolus de pratiquer l'extirpation, l'opération radicale étant à mon sens le procédé de choix.

Mais la malade ne put s'y soumettre pour des raisons spéciales; aussi, pour éviter la rupture du kyste et faciliter la marche, me décidai-je à faire une ponction qui donna issue à un liquide incolore, très faiblement louche. Peu de temps après cette ponction, le liquide se reproduisit; la tumeur ne tarda pas à acquérir son volume primitif.

J'en pratiquai l'extirpation au mois de novembre.

Pas d'anesthésie générale; anesthésie locale au moyen du chlorétyle. Une sonde en verre est introduite dans la vessie. Incision autour du point d'implantation du kyste, dissection de la poche, qui adhère profondément. Suture au catgut de la muqueuse vaginale. Tamponnement avec la gaze iodoformée.

Pas de suites opératoires.

Examen histologique (par M. Rivière). — A un faible grossissement, la paroi du kyste nous montre une muqueuse dont l'épithélium stratifié offre une épaisseur de 1/4 de millimètre.

La face profonde de cet épithélium est munie de papilles très nettes, reposant sur un chorion muqueux riche en vaisseaux. Les papilles sont revêtues d'une couche de cellules cylindriques, à gros noyaux, présentant une basale; ces cellules paraissent ensuite subir l'évolution ordinaire des corps muqueux de Malpighi et celles qui confinent directement à la cavité kystique sont entièrement cornées.

Au-dessous de ces éléments, les cellules losangiques sont parfois tout à fait vasculaires, leur protoplasmè semble avoir disparu, avoir subi la dégénérescence muqueuse, mais leur noyau intact se colore au micro-carmin.

Le chorion muqueux en contact avec ces couches épithéliales est très riche en cellules au voisinage des papilles. Ses éléments fondamentaux offrent les formes les plus diverses, l'aspect dominant est celui de noyaux fusiformes et étoilés.

En certains endroits, on trouve des îlots de tissu musculaire.

Les nombreux vaisseaux qui existent dans la coupe sont tous béants, libres de sang et présentent des parois parfaitement distinctes.

Muqueuse vaginale normale.

En résumé, il s'agit d'un kyste dermoïde.

Analyse chimique du contenu (due au Docteur Denigès) :

Liquide incolore et faiblement louche.

Densité, 1,005.

Composition par litre :

Eléments organiques :

Sérine	2 g. 95	} 5 g. 95
Globuline	0 g. 30	
Matières extractives	2 g. 70	

Matières minérales :

Chlorures calculés en Cl Na	8 g. 00	} 8 g. 15
Phosphates et carbonates	0 g. 15	

Résidu sec à 105 degrés 14 g. 10

OBSERVATION XIII.

(In thèse ZÉLIGSON.)

F... (Angela), veuve, 37 ans, couturière.

Réglée à 16 ans. Toujours bien réglée.

Sept grossesses, six accouchements à terme, normaux, un avortement.

Elle raconte qu'il y a douze ans, après la première grossesse, elle a constaté que pendant les efforts de la défécation, il lui sortait des organes génitaux externes une petite tumeur grosse comme une noisette. Cette tumeur, toujours indolore, augmentait progressivement de volume, sortait de la vulve dans la station debout et rentrait spontanément dans la position couchée. Elle n'a jamais souffert pendant la miction, pendant ses sept grossesses, ni dans les rapports sexuels. Pas de leucorrhée. Pendant les deux dernières grossesses, la tumeur s'est beaucoup accrue et restait toujours en dehors des organes génitaux. Les grossesses suivirent leur évolution normale.

S'apercevant que, depuis quelque temps, il s'écoulait de la surface de la tumeur un liquide jaune, elle s'est rendue à la consultation de Sainte-Catherine et de là nous a été envoyée.

A l'examen, on voyait, en dehors des organes génitaux externes, une tumeur du volume d'une grosse orange, de coloration rouge foncé, présentant une surface lisse, luisante par la distension exagérée de la muqueuse qui la recouvrait. Au milieu, dans un point plus élevé, la tumeur présentait une petite ouverture, comme une fistule, de laquelle suintait un liquide jaunâtre, filant, mélangé de pus.

A l'exploration, on voyait la tuméfaction occuper toute la paroi antérieure du vagin, s'étendant en arrière presque au point où la muqueuse vaginale se réfléchit sur le col utérin, et en avant à 2 centimètres environ en arrière de l'orifice de l'urètre.

A la palpation, on sent manifestement la fluctuation. Rien d'anormal sur les autres parois. Léger ectropion de la muqueuse cervicale.

Le diagnostic de kyste vaginal suppuré fut facile à porter, et le Professeur Mangliagalli, pour soulager momentanément la malade, fit une incision longue de 4 centimètres partant du point où le kyste s'était spontanément ouvert.

Il s'écoula une quantité considérable de liquide, qui par tous ses caractères ressemblait au contenu des kystes suppurés.

La malade était le lendemain radicalement opérée par la méthode de Schreder.

La portion du kyste excisée, examinée au microscope, présentait la composition suivante, de dehors en dedans :

1° Une couche d'épithélium pavimenteux stratifié, dont la plus profonde est composée de cellules épithéliales cylindriques analogues à celles tapissant les papilles cutanées;

2° Une couche de papilles ressemblant à celles de la pëau dans laquelle s'enfonce la couche épithéliale cylindrique. Cette couche, que nous pouvons appeler papillaire, est constituée par du tissu conjonctif très fin;

3° Une couche conjonctive très fine, constituée par des fibres qui tantôt sont entre-croisées dans tous les sens, tantôt réunies en faisceaux ondulés et infiltrés plus ou moins de cellules conjonctives jeunes (cellules embryonnaires ou lymphoïdes);

4° Cette infiltration cellulaire est plus marquée intérieurement. On voit dans cette couche quelques vaisseaux sanguins, qui, dans certains endroits, sont ectasiés et ressemblent à des lacs sanguins; on y trouve aussi de véritables lacs lymphatiques, contenant une quantité plus ou moins grande de cellules lymphoïdes;

5° A la couche que nous venons de décrire et qui constitue presque toute l'épaisseur de la paroi kystique fait suite une couche que nous pouvons appeler musculaire et qui est composée de faisceaux de fibres musculaires lisses, séparées de place en place par du tissu conjonctif très fin;

6° Une autre couche conjonctive très fine, qui présente les caractères de la troisième couche, est recouverte par un épithélium pavimenteux stratifié, mais d'une épaisseur moindre que la couche épithéliale externe.

Dans le cas présent, on peut admettre deux théories : la théorie embryonnaire (canal de Müller) ou celle de Froment, rattachant la production de certains kystes à l'accolement des replis normaux de la muqueuse du vagin.

OBSERVATION XIV.

(JOBERT DE LAMBALLE, *Gaz. des hôp.*, 12 août 1862, p. 373,
in thèse THALINGER.)

Kyste apparu après application de forceps.

Femme de 32 ans, d'une bonne constitution, première menstruation à 15 ans, quatre accouchements à terme; le troisième a été laborieux, tentatives d'application de forceps, enfant mort-né, d'un volume considérable, l'affection se développe à la suite de cet accouchement.

Pas d'autre symptôme que des douleurs dans la fosse iliaque droite. Au troisième mois, tumeur pédiculée du volume d'une petite noix. Nouvelle grossesse, repos au lit pendant cinq mois, accouchement à terme, enfant vivant. Depuis lors, règles abondantes, deux fois par mois, santé générale satisfaisante.

Entrée à l'hôpital, on constate une tumeur dépassant la vulve, oblongue, lobulée, attachée par un large pédicule en avant et à droite du col utérin, du volume d'un gros œuf de poule, dépressible. La pression hypogastrique la fait apparaître à la vulve; une sonde, introduite dans la vessie, n'entre pas dans la cavité.

Ponction et injection iodée.

OBSERVATION XV.

(AUVRAY, *Bulletin Soc. gyn. et obst.*, Paris, 1924.)

Kyste suppuré ouvert dans l'urètre (fausse urétrocèle).

Femme âgée de 26 ans.

Antécédents : Fausse couche sept à huit mois avant son entrée à l'hôpital.

Entrée pour pertes blanches. Ni douleurs ni signes d'inflammation.

Tumeur médiane, située sur la colonne antérieure du vagin, accolée à la paroi postérieure de l'urètre. Volume d'un œuf de poule, molle, dépressible, la pression d'arrière en avant fait sourdre du pus au niveau de l'orifice antérieur de l'urètre. Pas de signe d'urétrite ou de cystite.

L'opération est pratiquée. Extirpation du kyste et fermeture de la fistule. Guérison.

Examen histologique. — Epithélium cylindrique stratifié implanté sur une membrane basale très apparente. Les cellules de la basale sont petites, à noyau ovoïde; les cellules superficielles sont longues, cylindriques.

Il s'agit donc d'un kyste du vagin ouvert dans l'urètre.

OBSERVATION XVI (Résumée).

(In POUPINEL.)

Kyste piriforme. Début avec la grossesse.

Femme de 36 ans. Tumeur du vagin datant de deux ans, saillant à la vulve dans la station verticale et n'ayant pas empêché l'évolution de deux grossesses.

La première grossesse a débuté au moment de l'apparition de la tumeur, qui, d'abord du volume d'une noix, s'est rapidement accrue et a présenté son maximum vers la fin de la grossesse. Après l'accouchement, la tumeur diminua de volume pour augmenter encore pendant la seconde grossesse.

Tumeur piriforme, à grand axe allongé d'avant en arrière et de haut en bas, mesurant de 14 à 15 centimètres; le petit axe transversal mesure de 4 à 5 centimètres; la partie postérieure de la tumeur est ulcérée.

Richelot pose le diagnostic du kyste sous-muqueux du cul-de-sac latéral gauche du vagin.

L'examen histologique montre qu'il y a une couche interne, épithéliale, cylindrique, et qu'il s'agit d'un kyste développé aux dépens des canaux de Gärtner.

OBSERVATION XVII.

(NEUGEBAUER, *Rev. de gyn.*, 1897.)

Obstacle au coït.

Mariée depuis un an, stérile jusqu'ici. Kyste de la grosseur d'un œuf d'oie, sur la partie antérieure du vagin, faisant saillie en dehors de la vulve sous forme d'une tumeur fluctuante. Bien que le mari soit vigoureux, la membrane hymen est intacte, le coït étant impossible. Les parois du kyste sont transparentes.

Résection d'après Schreder, suture profonde par huit points. La base du kyste s'étendait presque jusqu'à l'entrée du vagin et avait tendance à en sortir entièrement en se pédiculisant.

OBSERVATION XVIII.

(NEUGEBAUER, *Rev. de gyn.*, 1897.)

Obstacle au coït.

K... (Florentine), 31 ans. Mariée depuis 10 ans, sans enfant. Le mari n'a jamais réussi à pratiquer le coït à cause d'un obstacle quelconque. La malade demande à être débarrassée de cet obstacle et vient à l'hôpital pour de la dyspareunie et stérilité.

Grand kyste vaginal implanté sur la paroi vaginale antérieure, dans une direction oblique; le plus grand diamètre du kyste est dirigé de dehors en dedans, vers la ligne médiane.

Résection d'après Schreder, Kyste gartnérien. Le coït a pu être pratiqué.

ETIOLOGIE

L'étiologie des kystes du vagin est souvent difficile à déterminer. Cela tient peut-être à ce qu'ils sont constatés parfois longtemps après leur apparition, souvent au cours d'un examen fortuit, et qu'ils évoluent fréquemment sans se manifester par un signe quelconque à l'attention de la malade.

On en a observé à tous les âges, chez le nouveau-né (Lannelongue et Achard), mais beaucoup plus fréquemment chez l'adulte, plus rarement chez l'enfant et le vieillard.

Courty prétendait qu'une des causes les plus fréquentes était l'abus de rapprochements sexuels parce qu'il en avait observé plusieurs chez des filles publiques. Il est démontré aujourd'hui qu'il se trompait, car on les trouve aussi bien chez les vierges, et Neugebauer cite trois cas, Cauquil un autre, dans lesquels le kyste vaginal était un obstacle au coït.

On a invoqué le traumatisme et en particulier le traumatisme obstétrical. Les observations IX et X que nous publions, et qui nous montrent un kyste développé au niveau d'une déchirure du périnée consécutive à un accouchement laborieux, semblent être en faveur de cette théorie. L'observation XIV également.

Budin en cite quelques cas consécutifs à une application de forceps. C'est la théorie de l'inclusion traumatique défendue par Marion.

On a pensé que la grossesse pouvait également provoquer l'apparition de kystes dans le vagin (obs. XVI). Il nous paraît difficile d'admettre que la grossesse en soit responsable. Le kyste pouvait exister auparavant, mais, si minime qu'il

était passé inaperçu. La grossesse, en provoquant une super-activité de toute la sphère génitale, amena une augmentation de volume de la tumeur. De nombreuses observations prouvent en effet que certains kystes du vagin subissent un accroissement de volume à chaque nouvelle grossesse (obs. XIII). Cauquil, dans sa thèse, a bien étudié cette particularité. Notons que cela n'arrive pas toujours; notre deuxième observation inédite nous montre en effet le cas d'un kyste qui a parfaitement régressé après la grossesse.

PATHOGENIE

La pathogénie des kystes du vagin a été longuement discutée. A elle seule, elle a provoqué de nombreux ouvrages, et si, actuellement, elle paraît bien établie, il n'en est pas moins vrai que certaines de ces théories, exposées en leur temps avec plus ou moins de faveur, demeurent encore généralement admises. Nous les résumerons ici.

La première en date, la théorie glandulaire, défendue par Huguin dans son *Mémoire sur les kystes de la matrice et les kystes folliculaires du vagin*, n'est plus admise telle qu'elle était formulée primitivement. Les auteurs se sont attachés à démontrer qu'il n'existe pas de glandes dans le vagin.

Cependant, Von Preuschen a décrit des glandes tubulées au voisinage de la vulve chez un sixième des femmes environ. Ce sont des glandes à paroi tapissée d'un épithélium cylindrique et dont le canal excréteur est formé d'un épithélium pavimenteux.

Davidson ne nie pas l'existence de ces glandes, mais pense qu'elles n'existent pas normalement. Testut partage cet avis et conclut que dans certains cas il peut exister des glandes erratiques aux deux extrémités du vagin : en haut, cellules à épithélium cylindrique; en bas, cellules à épithélium pavimenteux. Il paraît alors bien difficile de les différencier des formations embryonnaires, et nous admettons avec quelques auteurs qu'on peut attribuer une origine glandulaire à des kystes assez petits, siégeant vers le cul-de-sac du vagin ou en bas, à l'entrée de cet organe.

Théorie de l'hygroma. — Défendue par Courty, acceptée

par Verneuil, Eustache Tillaux et Thalinger, elle est aujourd'hui complètement abandonnée par tous les auteurs.

Théorie des inclusions épithéliales.

Emise par Dieulafoy et Castaing en 1902, elle est reprise par Noguès dans sa thèse.

Elle s'appuie sur des données embryologiques.

« Les travaux de Tourneux ont montré que les deux canaux de Müller accolés finissent par se fusionner pour constituer le canal de Leuckart. L'épithélium qui tapisse sa cavité est prismatique dans la partie utérine et pavimenteux dans la partie vaginale.

» L'épithélium vaginal va proliférer beaucoup, formant un cordon plein qui obstruera la lumière du canal. Ce cordon donnera des expansions latérales à sa partie supérieure qui seront plus tard les culs-de-sac du vagin.

» Par la suite, cette masse épithéliale va se résorber, son emplacement marquera la cavité vaginale, qui sera d'autant plus grande que la lame épithéliale aura davantage proliféré.

» Mais cette lame bourgeonne également par toute sa périphérie, et ces bourgeons pénètrent en tous points les tissus avoisinants; ils peuvent accidentellement, au cours de l'évolution, s'isoler, et par suite être l'origine de kystes du vagin. »

Cette théorie convient aussi bien aux kystes de la région vésico-vaginale qu'aux kystes postérieurs ou latéraux, les résidus épithéliaux pouvant, on le conçoit, subsister sur toute la périphérie du canal vaginal (obs. V).

Théorie Wolffienne. — Elle suffit à elle seule à expliquer le plus grand nombre des kystes du vagin.

Le canal de Wolff est le conduit excréteur du rein primordial ou corps de Wolff chez l'embryon. Ce canal de Wolff se divise rapidement en deux conduits, l'un ventral, l'autre dorsal.

L'antérieur ou ventral sera plus tard le canal de Gartner, le postérieur ou dorsal le canal de Müller. Seul ce dernier se développe chez la femme. Au deuxième mois de la vie embryonnaire, il s'accole à celui du côté opposé, dans le cor-

don génital. La cloison qui les séparait s'amincit, se perforé, et le canal va donner deux parties bien différenciées : une cavité proximale, de forme ovale sur une coupe transversale, délimitée par un épithélium cylindrique, une partie distale, pleine, remplie de cellules épithéliales. La première sera l'utérus, la seconde le vagin. Au sixième mois, la différenciation s'accroît. La portion utérine acquiert une paroi musculaire puissante, sa cavité reste étroite. Elle est séparée de la partie inférieure, le vagin, par un bourrelet circulaire, saillant, qui constituera la portion vaginale de l'utérus.

La portion utérine possédera un épithélium cubique ou prismatique (obs. VIII), la portion vaginale un épithélium pavimenteux (kyste dermoïde ou pavimenteux).

Les canaux de Wolff, avons-nous dit plus haut, disparaissent normalement chez la femme. Ils persistent d'ailleurs chez les ruminants et les suidés fortement réduits; ce sont les canaux de Gartner. Mais ils peuvent aussi subsister chez la femme sur toute la hauteur du ligament large. Selon qu'il sera plus ou moins long, il s'arrêtera au niveau du col de l'utérus, cas le plus fréquent, ou descendra le long de la paroi latérale du vagin, même jusqu'au voisinage de l'hymen (Klein).

Microscopiquement, il est formé d'un revêtement épithélial cylindrique, à une ou deux assises de cellules à noyau périphérique, avec ou sans cils vibratiles, et entouré d'une gaine musculaire lisse, plus ou moins épaisse.

C'est là l'origine de la plupart des kystes du vagin.

Quelles sont, en effet, les caractéristiques des kystes d'origine gartnerienne : le plus souvent uniques, à siège antérieur ou antéro-latéral, on les trouve surtout à la partie supérieure, juxta-cervicale, mais se rencontrent aussi au voisinage de la vulve, conformément au trajet suivi par le canal de Gartner. Quand ils présentent un pédicule, celui-ci peut remonter dans le ligament large (Watts). Enfin, la constitution histologique de ces kystes est conforme à ce que nous

rencontrons dans le canal de Gartner : épithélium le plus souvent cylindrique, parfois épithélium pavimenteux ou cubique (obs. VIII). On admet que ces deux derniers sont dus à la forte pression du liquide intrakystique aplatissant l'épithélium cylindrique.

Mentionnons pour terminer, qu'on a rencontré des kystes multiples disposés en chapelet; ceci est encore conforme à la théorie de l'origine gartnerienne, car ces canaux ont précisément tendance à présenter des séries de dilatations successives, séparées par des étranglements. Enfin, Hartmann rappelle dans sa thèse une observation de Max Groede, dans laquelle une malade présentait deux tumeurs allongées, en forme de pénis, séparées par une cloison et occupant toute la paroi antérieure du vagin depuis l'orifice vulvaire jusqu'au niveau de la pointe du museau de tanché. Voilà qui rappelle bien ce que nous avons dit plus haut du canal de Gartner.

Théorie péritonéale. — Cette théorie, née en Allemagne, a été étudiée en France par Frédet.

Le cul-de-sac de Douglas descend, chez l'embryon, jusqu'au niveau du cloaque, plus bas par conséquent que le point où les canaux de Wolff et de Müller s'abouchent dans le sinus uro-génital. Il remonte ensuite rapidement avec l'âge et disparaît par soudure des surfaces au contact, à la manière du fascia de Todd (Zuckerkindl).

Or, Ziegenspeck, avant Zuckerkindl), avait trouvé qu'il existe au fond du cul-de-sac de Douglas, dans un tiers environ de la totalité des cas observés, une ouverture conduisant dans les tissus sous-jacents. On y trouvait, dans quelques cas, des sécrétions pathologiques. Ziegenspeck se contentait de noter les faits observés, mais Zuckerkindl, interprétant cette observation, pensa qu'il s'agissait d'un reliquat partiel du cul-de-sac de Douglas embryonnaire, une certaine portion de surface ayant échappé à l'accolement. Il se formait ainsi une cavité incluse dans la profondeur des tissus et communiquant par un pertuis avec la cavité péritonéale. Cette

communication venant à se fermer, il se constitue une poche kystique, à revêtement épithélial de même nature que celui du péritoine embryonnaire, répondant à la paroi vaginale postérieure depuis son attache à l'utérus jusqu'à la limite inférieure du vagin.

Frédet, rapportant ces faits, constate pourtant « l'étonnante disproportion entre la fréquence des cas de persistance partielle du cul-de-sac de Douglas et l'extrême rareté des cas de persistance réellement constatée chez les embryons débités en coupe sériée. »

Il accepte pourtant cette théorie pour un cas de kyste postérieur du vagin, développé entre le vagin et le rectum, tapissé d'un épithélium à une seule couche, extrêmement aplati, à contenu séreux, qu'il a observé personnellement.

Nous croyons devoir formuler toutes réserves à propos de ces formations kystiques, exceptionnelles; répondant à la paroi postérieure du vagin, c'est entendu, mais ne naissant pas des éléments de la paroi vaginale elle-même, par conséquent extra-vaginaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les kystes du vagin peuvent siéger en n'importe quel point de la muqueuse vaginale.

Sur 120 cas observés, Papinel donne la proportion suivante :

- 53 pour la paroi postérieure;
- 49 pour la paroi antérieure;
- 18 pour les parois latérales.

Donc un peu plus fréquents sur la paroi postérieure. Winkel, au contraire, les a rencontrés plus souvent sur la paroi antérieure :

Sur 38 kystes observés :

- 49 siégeaient sur la paroi antérieure;
- 14 sur la paroi postérieure;
- 5 sur les parois latérales.

Sur la paroi antérieure, ils se rencontrent surtout en haut ou en bas, sur la paroi postérieure en haut.

Ils peuvent occuper toute la hauteur de la paroi (cas cité par Picqué en 1898; observation Max Groefe). On les trouve à tous les âges, mais surtout à la période d'activité génitale.

Généralement uniques, multiples (obs. VII), 20 fois sur 100 d'après Poupinel, ils sont alors agglomérés ou disposés en chapelet (cas cité par Jonston).

Leur volume varie d'une noisette à celle d'une grosse orange. L'Escuyer de Villers cite l'observation d'un kyste atteignant le volume de deux poings.

Veil en a signalé un gros comme une tête de fœtus. Leur forme est arrondie, allongée ou piriforme (obs. XII, Poupinel). On rencontre aussi la forme bilobée (obs. VI), ou multilobée. Ils peuvent être superficiels ou profonds; sessiles ou rattachés à la paroi vaginale par un pédicule (obs. XIV). La muqueuse vaginale qui les recouvre est d'aspect variable. Parfois, elle est d'épaisseur si minime qu'elle est pâle et transparente, laissant apparaître le contenu sous-jacent (obs. VI), parfois le kyste est situé dans la profondeur, adhérant fortement à la muqueuse vaginale dépliée et rendant très délicate la dissection de la tumeur; c'est le cas, par exemple, dans lequel la paroi kystique se continue directement avec la paroi vaginale.

D'autres kystes, au contraire, en sont séparés par une lame de tissu conjonctif, qui servira de place de clivage et facilitera l'extirpation.

Paroi kystique. — Elle est d'épaisseur variable. La surface extérieure est lisse, de coloration souvent bleuâtre, parsemée de fines arborisations vasculaires (obs. VI).

La surface intérieure est rosée, lisse ou légèrement mamelonnée, recouverte de papilles (obs. VI).

Le contenu est liquide, opalescent, visqueux et filant (obs. VI), purulent (obs. VII), ambré (obs. VIII), jaune (obs. XI et XIII), incolore, faiblement louche (obs. XII).

Etude microscopique de la paroi. — Grossièrement, elle est constituée par deux couches : une couche épithéliale, généralement à grandes cellules cylindriques, avec gros noyau à la périphérie ou à la partie moyenne (obs. VI), suivant les saillies et dépressions de la surface intérieure et sécrétant du mucus.

Ce revêtement épithélial repose par l'intermédiaire d'une membrane basale légère, à cellules ovoïdes, sur une couche de tissu conjonctif, jouant le rôle de sous-muqueuse parcourue de capillaires sanguins.

Ensuite une couche musculaire plus ou moins épaisse, avec faisceaux longitudinaux, circulaires ou obliques, et, enfin,

une couche conjonctive, souvent vascularisée et qui n'existe pas toujours.

Le type d'épithélium pavimenteux stratifié s'observe moins souvent (obs. IV). Il peut coexister avec l'épithélium cylindrique.

On rencontre aussi (obs. VIII) des kystes à revêtement épithélial cubique net, constitué par une assise unique de cellules, mesurant de 8 à 10 μ .

Enfin, on a pu trouver des kystes dermoïdes (obs. XII).

Contenu (étude microscopique). — Dans le contenu du kyste, on trouvera des éléments mucoïdes, des globules graisseux, des globules rouges, quelques polynucléaires et des cellules en voie de dégénérescence, des globules de pus.

L'analyse chimique décèlera des éléments organiques : sérine, globuline, et des matières minérales.

SYMPTOMATOLOGIE

Rien de plus variable que la symptomatologie des kystes du vagin. Nous avons déjà dit qu'ils passent le plus souvent longtemps inaperçus, et c'est à l'occasion d'un examen gynécologique ou d'un accouchement que le médecin ou la sage-femme constatent l'existence de la tumeur.

SYMPTÔMES FONCTIONNELS.

Habituellement indolores, ne provoquant pas de troubles de la miction ou de la défécation, ne gênant pas les rapports conjugaux (obs. d'Hartman), ils sont bien tolérés, et l'on a vu des malades refuser l'opération pour des kystes volumineux.

Il en existe cependant, et ce ne sont pas toujours les plus volumineux, qui sont la cause de troubles, de gêne pendant le travail, de pesanteur dans le bas-ventre, ainsi qu'en témoignent quelques-unes de nos observations.

SYMPTÔMES PHYSIQUES.

A l'inspection, on ne remarque rien d'anormal ou bien il faut faire pousser la malade pour voir apparaître le kyste à la vulve.

Le toucher vaginal sera pratiqué après évacuation du contenu vésical. Il nous révélera l'existence de la tumeur, son siège, ses dimensions approximatives (si considérables parfois qu'elles gêneront l'examen), sa forme arrondie, piri-forme ou lobulée; sessile ou pédiculée; sa consistance, molle, fluctuante ou dure, son indolence habituelle, sa mobilité.

Il nous montrera l'intégrité des autres parois du conduit vaginal, des culs-de-sac. Nous trouverons un utérus en place, mobile, un col normal. L'examen au spéculum ou mieux avec la valve nous fera constater au niveau de la tumeur une muqueuse vaginale dépliée, comme soulevée par la masse sous-jacente, amincie, décolorée et parfois transparente. Si la tumeur est pédiculée, on aperçoit le point d'implantation du pédicule. Le toucher et le palper combinés ne feront sentir la tumeur que si elle est assez volumineuse.

Le toucher rectal n'offre d'intérêt que pour les kystes postérieurs.

EXAMEN VÉSICAL.

Très utile pour les kystes de la paroi antérieure. Nous éviterons la confusion avec une cystocèle ou un diverticule vésical.

En introduisant une sonde métallique, nous saurons si elle ne pénètre pas dans la cavité kystique, si l'évacuation de la vessie ne dégonfle pas en même temps le kyste.

Enfin, la cystoscopie nous renseignera sur l'intégrité des parois vésicales, et surtout du plancher.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic positif se fera d'après l'ensemble des signes précédemment énumérés.

Le diagnostic différentiel sera fait avec :

— un polype utérin ou endo-cervical; c'est l'examen au spéculum qui nous renseignera sur le point d'implantation de la tumeur, l'origine du pédicule.

— La cystocèle, tumeur essentiellement réductible, se reconnaîtra par le cathétérisme combiné au toucher vaginal, qui permettra de sentir directement la sonde sous le doigt. Son volume variera avec le degré de prolapsus et augmentera sous l'influence de l'effort.

— Le rectocèle se différenciera par le toucher rectal, le doigt rencontrant au-dessus du sphincter anal une poche dont le fond sera la paroi postérieure du vagin.

L'urétrocèle de petit volume est, en partie, réductible par la pression soutenue; elle est exactement médiane, suivant le trajet de l'urètre. Le cathétérisme, précieux ici également, montrera la connexion avec l'urètre, et le stylet pourra pénétrer dans la poche. Mais certains kystes du vagin peuvent simuler cette affection (obs. XV).

— La hernie vaginale, développée dans le cul-de-sac antérieur, se réduisant avec des gargouillements, pourra se confondre avec un kyste, mais le doigt, enfoncé dans le cul-de-sac, recevra une impulsion à la toux.

— Le prolapsus vaginal est également réductible, augmente avec les efforts, s'accompagne de cystocèle et de rectocèle.

— Le prolapsus utéro-vaginal montrera l'abaissement de tous les organes et du col utérin.

— Le kyste de la glande de Bartholin, reconnaissable à son siège dans le tiers inférieur de la grande lèvre.

Les autres tumeurs sont plus rares.

— Le kyste hydatique; seule la ponction fera le diagnostic.

— L'hématocolpos latéral par bifidité utéro-vaginale. Là également l'ouverture de la poche révélera son contenu et la constatation d'un second museau de tanche.

— Le sarcome, dur, bosselé, adhère rapidement aux organes voisins et finit par s'ulcérer.

En somme, le diagnostic du kyste du vagin est en général facile et sera basé sur les caractères suivants :

- a) tumeur indolente à début insidieux;
 - b) tumeur à contours nets, nettement fluctuante;
 - c) tumeur quelquefois refoulable, jamais réductible;
 - d) augmentant de volume très lentement en temps normal, mais susceptible d'accroissement rapide au cours de la grossesse;
 - e) même assez volumineuse, susceptible de ne pas faire obstacle à l'accouchement naturel;
 - f) régression parfois notable après l'accouchement.
-

PRONOSTIC

Le pronostic des kystes du vagin est généralement bénin. C'est souvent heureusement une infirmité plutôt qu'une maladie.

Leur petit volume, leur évolution très lente (une malade observée par Tillaux en portait un du volume d'un petit œuf depuis vingt ans), les font passer inaperçus ou n'inquiètent que médiocrement la malade. Mais il est certains cas dans lesquels ces kystes subissent une augmentation de volume ou une évolution telles qu'elles sont la source de complications parfois sérieuses.

D'abord par leur volume excessif, leur siège, ils peuvent comprimer la vessie et entraîner des troubles de la miction et de la stase vésicale, voire même de la cystite (obs. de Guido de Lerda).

Ils peuvent être un obstacle au coït, entraînant ainsi la stérilité (obs. XVII et XVIII).

Les tiraillements continuels qu'ils exercent sur la paroi sont une source de malaises et peuvent favoriser le prolapsus utéro-vaginal.

Ils sont aussi l'origine de complications infectieuses.

Les kystes du vagin peuvent se rompre et suppurer, suppuration durable, pouvant entraîner l'infection vaginale et utérine, particulièrement redoutable au cours d'une grossesse; pouvant également provoquer une infection urinaire soit par stase vésicale aboutissant à la cystite chronique, soit par ouverture dans l'urètre.

Enfin, s'ils ne gênent pas habituellement l'évolution de la

grossesse, ils peuvent, de par leur volume, être une cause de dystocie au moment de l'accouchement (obs. XI). On a constaté, en effet, qu'ils subissent fréquemment, au cours de grossesses successives, une augmentation de volume, exposant le kyste à se rompre au moment du travail de l'accouchement. Nous avons dit quelles en étaient les conséquences.

Citons pour terminer une autre complication, d'ordre psychique celle-là. On a vu certaines femmes nerveuses, se sachant atteintes d'un kyste du vagin, redouter obscurément des accidents de ce côté et refuser les rapports conjugaux.

En résumé, les kystes du vagin ne sont pas sans comporter quelques dangers, et il est toujours préférable de les enlever pour prévenir leurs complications, toujours possibles.

TRAITEMENT

Le traitement de choix est l'extirpation chirurgicale de la tumeur.

On a préconisé autrefois la ponction évacuatrice. Nous verrons qu'elle doit demeurer un traitement d'urgence quand les circonstances (accouchement) ne permettent pas l'intervention. Mais c'est une méthode inefficace, le liquide se reformant rapidement.

On a conseillé ensuite la ponction suivie d'injection caustérisante (nitrate d'argent, chlorure de zinc, teinture d'iode). Elle expose à des poussées inflammatoires, souvent très violentes et parfois plus dangereuses qu'utiles : méthode à rejeter aujourd'hui.

Reste le troisième procédé : l'extirpation chirurgicale. Elle se fera à la rachi, à l'anesthésie locale ou générale. On incise au bistouri la paroi kystique, suivant le grand axe de la tumeur et l'on dissèque ensuite les parois en évitant autant que possible la déchirure de la poche, ce qui rendrait l'extirpation plus délicate. On décollera patiemment, à la sonde cannelée, en cherchant un plan de clivage qui permettra l'extirpation en bloc de la tumeur.

Dans certains cas, cette manœuvre est impossible, soit que l'opérateur ne puisse trouver de plan de clivage, soit que la rupture prématurée de la poche complique l'opération, soit, enfin, dans les kystes suppurés, quand la suppuration a détruit petit à petit la paroi kystique.

Dans ce cas, il faut se contenter de disséquer les parois le plus possible aux ciseaux, ou les détruire à la curette, en tamponnant soigneusement les bords de la plaie. On

suture les bords de la loge kystique avec la paroi vaginale légèrement avivée.

Mais il est un cas particulier que nous devons envisager. Quelle conduite doit-on tenir en présence d'un kyste évoluant au cours de la grossesse ? Si le kyste est petit, s'il ne gêne pas la malade et que, de par son siège, il ne sera pas une cause de dystocie au moment de l'accouchement, on peut attendre, tout en surveillant la malade. Mais s'il est volumineux, s'il suppure, l'intervention est indiquée, et la période de choix est soit au début de la grossesse, dans les premiers mois, pour éviter autant que possible que l'intervention ne déclenche une interruption de la grossesse, soit au neuvième mois; auquel cas, même si l'accouchement se produit prématurément, le fœtus sera bien viable.

Mais il n'est pas toujours possible de choisir le moment le plus favorable à l'intervention.

On aura recours alors, faute de mieux, à la ponction du kyste, quitte à l'enlever plus tard, si du moins il ne rétrocede pas, comme le fait s'est produit chez une des malades dont nous avons rapporté l'observation (obs. II).

CONCLUSIONS

I. — Les kystes du vagin sont rares et ne paraissent pas présenter de gravité.

II. — Ils siègent de préférence sur la paroi antérieure, mais peuvent être observés sur la paroi postérieure.

III. — Leur pathogénie paraît maintenant bien déterminée. Ces kystes se développent aux dépens des vestiges embryonnaires, principalement des débris des canaux de Gartner ou de Müller.

IV. — Au point de vue anatomo-pathologique, on note l'existence d'un épithélium à cellules cylindriques, pavimenteuses ou cubiques, recouvert par une couche conjonctivo-musculaire.

V. — Les symptômes sont insidieux; ils se résument dans l'existence d'une tumeur de siège et de volume variables.

VI. — Le diagnostic sera en général facile.

VII. — Le pronostic est favorable, sauf complications, surtout au cours de la grossesse ou au moment de l'accouchement.

VIII. — Le traitement consistera en l'extirpation chirurgicale, la ponction restant une intervention d'urgence dans quelques rares cas, surtout indiqués au moment du travail.

Vu : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 5 avril 1933.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- ADESSI. — Contribution à l'étude de l'histogénèse des kystes du vagin. *Annales di Obstetrica e Ginecologia de Milan*, an. II, n° I.
- ARMAND. — Urétrocèles vaginales et kystes. Thèse Paris, 1930.
- AUVRAY. — Kyste suppuré du vagin d'origine wollfienne ouvert dans l'urètre (fausse urétrocèle). *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, 1924, p. 733.
- BÉRARD et DUSSET. — *Gynéc. et obst.*, 1924, vol. II.
- BORDEIANU. — Un cas de kyste du vagin. *Revista de chirurgie*, Bucarest, 1927, n° IX.
- BOTTO-MICCA. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. *Il Policlinico*, Turin, année XXXV, fasc. 11, 1928.
- BOURSIER. — Kyste du vagin. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1905, XXXV, p. 625.
- CASTAING et DIEULAFÉ. — Des kystes du vagin. *Arch. prov. de chir.*, 1902, XI, p. 23.
- CAUQUIL. — Des kystes du vagin dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. Thèse Toulouse, 1925.
- CHRISTIAEN. — Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du vagin. Thèse Lille, 1906.
- COLLARDOT. — Kystes du vagin. Thèse Paris, 1884.
- COMBE. — Kystes du vagin. Thèse Paris, 1889.
- COUVELAIRE. — *Ann. de gyn. et d'obst.*, mars 1903.
- DAVIDSOHN. — Zur Keutniss der Scheideudrüsen und der aus ihnen hervorgehenden cysten. *Arch. f. de gynock.*, 1900.
- DELMAS et ROUME. — Kystes du vagin et purpéralité. *Soc. gyn. et obst. de Paris*, 1925, p. 417.

- DIEULAFÉ. — Kystes multiples du vagin. *Soc. d'obst. et gyn. de Toulouse*, 1923.
- Kystes multiples du vagin. *Marseille médical*, août 1928.
- DOGLIOTTI. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. *Revista de chirurgica* (Come), an. III, fasc. 3, mai-juin 1924.
- DOUCHE. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. Thèse Lille, 1895.
- EUSTACHE. — Mémoire sur les kystes du vagin. *Arch. de tocologie*, 1878.
- FEURTET. — Kystes du vagin. Thèse Paris, 1901.
- FLESCH (J.). — Biloculare Vaginalcyste. *Wien med. Wochen*, 1903, LIII, p. 1387.
- FOUCAULT. — Kystes du vagin. *Gazette des hôp.*, an. XCVIII, n° 33.
- FREDET. — Etude anatomique sur l'origine des kystes du vagin. *Ann. de gyn.*, mars 1904.
- FROMENT. — Kystes du vagin. Thèse Paris, 1879.
- GAULLIEUR L'HARDY. — Les kystes du vagin. *Gyn.*, Paris, XI, p. 311.
- GOWLAND. — A case of vaginal cyst. *Lancet*, London, 1906, I, p. 672.
- GRAZIANSKY (N. N.). — Contribution à l'étude de la pathogénie et l'étiologie des kystes du vagin. *Praktitsheski Wratche*, n° 162.
- GUÉRIN. — Maladies des organes génitaux de la femme, 1864, p. 429.
- HARDOUIN. — Deux observations de kystes du vagin d'origine gartnérienne. *Soc. anat. de Paris*, 1910, LXXXV, p. 607.
- HARTMANN (Georges-Louis). — Les kystes du vagin. Thèse Paris, 1919.
- HUGUIER. — Mémoire sur les kystes de la matrice et sur les kystes folliculaires du vagin. *Mém. Soc. clin. Paris*, 1847.
- JOHNSTON. — A contribution to the study of cysts of the vagina with the report of a case. *Amer. journ. of obst.*, 1888.
- LANG. — Les kystes du vagin dans leur rapports avec la grossesse et l'accouchement. Thèse Nancy, 1904.
- LAFOND-ORÉ et MAUGÉ. — Kyste du vagin. *Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1931, p. 574.
- LEBEDEF. — Beitrage zur Lehre uber vaginalcysten. *Zeitsch. f. Gyn u. gyn.*, 1881.

- LESCUYER DE VILLERS. — Contribution à l'étude des kystes du vagin au cours de la gestation et de l'accouchement. Thèse Paris, 1923.
- LEE-M. MILLER. — Vaginal cysts. *Surgery gyn. obst.*, Chicago, mars 1925.
- LORENTOWIEZ. — Deux cas de kystes du vagin d'origine müllerienne. *Ginecologia Polska*, 1925.
- MARION. — Les kystes du vagin. *Gaz. des hôp.*, 1902, LXXV, p. 117.
- MONDOR et GAUTHIER-VILLARS. — Kyste du vagin. *Soc. anat. de Paris*, 2 févr. 1928.
- MONTCERISIER. — Kyste du vagin et puerpéralité. Thèse Marseille, 1931.
- MÜLLER. — Un cas de kyste wollfien multiloculaire de plus de 9 kilos. *Soc. de chir. de Paris*, 13 juin 1928.
- NEUGEBAUER. — Cinquante observations personnelles des kystes du vagin. *Rev. de gyn. et chir. abd.*, 1898.
- NOGUÈS. — Les kystes du vagin à topographie vésico-vaginale. Thèse Toulouse, 1932.
- NOUVEL. — Kystes du vagin. Thèse Bordeaux, 1895.
- PAGÈS. — Contribution à l'étude de la pathogénie des kystes du vagin. Thèse Paris, 1902.
- POLIDOR. — Des canaux de Gartner, de leur persistance chez la femme sous forme de conduits à débouché vaginal. Thèse Bordeaux, 1901.
- POUPINEL. — Des kystes du vagin. *Rev. de chir.*, 1889.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- ROBERT. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. Thèse Paris, 1900.
- ROUVILLE (DE). — Kystes du vagin. Leçon clinique, in *Montpellier médical*, 3 mai 1908.
- Kyste vulvo-vaginal développé aux dépens des débris persistants du canal de Gartner. *Bull. Soc. d'obst. de Paris*, 1928.
- SANTONI. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. Thèse Paris, 1890.
- THALINGER. — Kystes de la paroi antérieure. Thèse Paris, 1885.

- THÉVENOT. — Kyste de la paroi vésico-vaginale d'origine gartné-
rienne. *Lyon surgical*, 1913, n° 3.
- TOURNEUX (J.-P.). — Kyste du vagin à épithélium cubique. *Soc.
anat. de Paris*, déc. 1922.
- VAYSSIÈRE. — Tumeurs kystiques du vagin. *Marseille médical*, 1931,
tome II, p. 61.
- VILLAR. — Kyste dermoïde du vagin. *Bull. de la Soc. d'anat. et de
physio. de Bordeaux*, 1893, XVI, p. 51.
- VILLEBRUN. — Kystes de la paroi antérieure du vagin. Thèse Mont-
pellier 1889.
- WEILL. — Contribution à l'étude des kystes du vagin. Thèse Nancy,
1904.
- ZÉLIGSON (Mlle). — Kystes du vagin. Thèse Paris, 1895.

